枣庄市医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | （照片） |
| 出生年月 |  | 参加工作年 月 |  | 政治面貌 |  |
| 学历学位 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  |
| 专业特长领 域 |  | 手 机 |  |
| 邮 箱 |  | 工作单位及现任职务 |  |
| 单位地址（邮编） |  |
| 现住址（邮编） |  |
| 简历 |  |
| 应聘人员诚信声明 | 本人承诺：1.本表上所填写的内容真实、有效，本人具备与履行医疗保障基金社会义务监督员职责相适应的健康状况等条件；2.本人无犯罪记录及严重失信行为，接受医疗保障行政部门的指导，秉持公心，依法开展医疗保障基金社会监督工作。本人签字：年月日 |
| 医保局审核意见 |  （盖 章） 年 月 日 |
| 备注 |  |